Progrès en Urologie (2005), 15 805-809

Le compte rendu anatomo-pathologique et les classifications du carcinomes du pénis

Agnes LESOURD

MODE D'EMPLOI

La description du contexte clinique doit renseigner sur l'existence de lésions inflammatoires, sur les conditions du diagnostic, et sur les antécédents de lésions précancéreuses.

Les localisations tumorales doivent être précisées. Gland, prépuce, sillon balano préputial, peau de la verge, méat urétral, et sur extension à l'urètre, ou aux organes de voisinage.

Le geste chirurgical doit être indiqué: pénectomie partielle ou totale, autres organes, siège du curage ganglionnaire éventuel (côté, curage inguinal superficiel, profond ; curage iliaque.)

L'examen extemporané peut être demandé pour étudier les limites d'exérèse et/ou pour rechercher des métastases ganglionnaires inguinales dans le but d'étendre le curage.

1. Etude macroscopique de la pièce [4]

Cette étape est décisive pour guider les prélèvements dans le but de décrire précisément l'extension tumorale et d'établir la stadification pT-pN.

Les structures à identifier sont : le tissu conjonctif sous-épithélial, le corps spongieux, l'albuginée ou fascia de Buck, les corps caverneux.

Après avoir prélevé les limites d'exérèse le pénis doit être sectionné longitudinalement en passant par l'urètre, ce qui donne 2 coupes parallèles centrales de la pièce entière.

La région du gland est isolée du corps du pénis par une coupe oblique passant par la base du prépuce du côté du fourreau en avant et en arrière **(Fig 6)**.

D'autres sections longitudinales du gland sont ensuite effectuées latéralement, parallèlement aux coupes centrales. Le nombre de coupes soumises à l'inclusion est à l'appréciation du pathologiste et est guidée par la macroscopie. [1]]

Cette étape permet de décrire l'aspect de la tumeur : superficielle, infiltrante, papillaire, multicentrique et son extension.

2. L'étape histologique

Elle donne le type de la tumeur, son grade et le stade définitif: pT, l'existence d' embols lymphatiques (L), ou veineux (V). Les emboles lymphatiques incluent dans la fiche les engainements périnerveux.

La classification TNM 2002 reprend celle de 97 en ajoutant les lettres V (Vx, V0, V1, V2) pour embols veineux et L (Lx, L0, L1) pour embols lymphatiques.

La fiche de compte-rendu suivante [Annexe 3] a été établie à partir de la fiche proposée dans Ackerman's surgical pathology [2].

Compte rendu anatomo-pathologique standardise pénectomie

[d'après ROSAI J Surgical pathology report in : Ackerman's surgical pathology.
8th ed. St Louis, Toronto, Washington DC : Mosby Year Book Inc, 1996]

Nom : Prenom : N° de dossier _ _ _ _ _ _ _ _ _
Né le _ _/_ _/_ _ _ _ N° d'examen _ _ _ _ _ _ _ _ _
Hôpital/clinique : Préleveur : Pathologiste :
Date d'intervention _ _/_ _/_ _ _ _ Date CR anatomo-pathologique _ _/_ _/_ _ _

RENSEIGNEMENTS **Non renseigné ❒**

Contexte clinique :

- lichen sclero-atrophique ❒, condylome ❒. Durée d'évolution ……mois
- PIN : leucoplasie ❒, dysplasie ❒, CIS❒ Durée d'évolution ……mois

Localisation tumorale gland ❒, prépuce ❒, sillon balano-préputial ❒, peau ❒, urethre ❒

Stade TNM clinique (optionnel)

Geste chirurgical pénectomie partielle ❒, totale ❒, avec peau scrotale ❒, testicules ❒, ganglions inguinaux droits ❒, gauches ❒, superficiels ❒, profonds ❒, ganglions pelviens ❒

EXAMEN EXTEMPORANE **oui ❒** **non ❒**

Limites chirurgicales : siège …… saines /atteintes
Ganglions inguinaux : Droits Curage superficiel profond modifié ❒
nbre metas/nbre gg …./… effraction capsulaire :
Gauches Curage superficiel profond modifié ❒
nbre metas/nbre gg …./ …. effraction capsulaire oui ❒ non ❒

Rappel conclusion :…….

Nom du pathologiste …….

MACROSCOPIE **Photo oui ❒** **non ❒**

Longueur et diamètre de la pièce Orientable oui ❒ non ❒

Taille de la tumeur ….X….X….mm **Profondeur de l'envahissement :** ……..mm

Localisation et extension

-gland ❒, prépuce ❒, sillon balano-préputial ❒, peau ❒, urethre ❒, corps spongieux ❒, corps caverneux ❒)

Aspect

superficiel ❒, infiltrant ❒, papillaire ❒, multicentrique ❒

Lésion associée

-balanite ❒, phimosis ❒, leucoplasie ❒, atrophie ❒

Echantillonnage : nombre de blocs sur la tumeur : …….

Fixateur :……. Congelation oui ❒ non ❒

HISTOLOGIE

a - Type histologique :

carcinome épidermoïde invasif ❒ , carcinome verruqueux ❒, carcinome basaloïde ❒, carcinome condylomateux ❒,
carcinome papillaire ❒, carcinome à cellules fusiformes ❒, carcinome à cellules géantes ❒,
carcinome muco-épidermoïde ❒, adénocarcinome ❒, carcinome urothélial ❒,
autres. ❒: préciser……

b - Grade

bien G1 ❒, moyennement G2 ❒, peu différencié G3 ❒, indifférencié G4 ❒

c - Localisation :

gland ❒, prépuce ❒, sillon balano-préputial ❒, peau ❒, urethre ❒.

d - Niveau d'infiltration :

lamina propria ❒, corps spongieux ❒, corps caverneux ❒, fascia de Buck ❒, dartos ❒, peau ❒

e - Epaisseur de l'envahissement : mm

f - Emboles veineux non ❒ oui ❒ Lymphatiques non ❒ oui ❒

g - Lésions associées oui ❒ non ❒

lichen sclero-atrophique ❒, condylome ❒, PIN ❒, CIS ❒

h – Curage fait ❒ non fait ❒

inguinal droit : superficiel ❒, profond ❒, modifié ❒, radical ❒

Nb ganglions envahis /Nb ganglions trouvés :…/…. Effraction capsulaire (EC) oui ❒ non ❒

inguinal gauche : superficiel ❒, profond ❒, modifié ❒, radical❒ ……../…… EC oui ❒ non ❒

pelvien D ❒ …./….. EC oui ❒ non ❒

pelvien G ❒ …../……EC oui ❒ non ❒

i - Marges chirurgicales (R) saines Distance:……mm entre marge et tumeur

Atteintes

Par carcinome invasif Siège : urethre ❒, peau de verge ❒, corps caverneux ❒, prépuce ❒, gland ❒

Par carcinome in situ Siège : urethre ❒, peau de verge ❒, prépuce❒, gland ❒

Autre ❒ ……..

Emboles vasculaires ❒

IMMUNOHISTOCHIMIE

CLASSIFICATION TNM 2002 :

pT pN pM R V L

COMMENTAIRES ET CONCLUSION LIBRE

FICHE TECHNIQUE PÉNECTOMIE

N°anapath

N° congélation

Identification des blocs/lames

Tumeur

Gland

Prépuce

Sillon balano-préputial

Corps spongieux

Corps caverneux

Urethre

Autre

Immunohistochimie matériel fixé ❒ matériel congelé ❒

Technique manuelle ❒ automatisée ❒

Références de l'automate……..

Après renaturation par la chaleur oui ❒ non ❒

Avec témoin non ❒ oui ❒

Si oui, interne ❒ externe ❒

Anticorps	N°lame	Fournisseur	Dilution	Témoin (N°)

Autres techniques

CODES

CODE ADICAP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODE ICDO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

LES CLASSIFICATIONS DU CARCINOMES DU PENIS

[AJCC Cancer Staging Manual. Sixth ed. Springer New York 2002. pp 303 – 308]

CLASSIFICATION DE JACKSON

Cette stadification a une valeur historique mais ne doit plus être utilisée.

CLASSIFICATION pTNM 2002

pTX	Renseignements insuffisants pour classer le tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
Ta	Carcinome verruqueux non infiltrant
T1	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous épithélial
T2	Tumeur envahissant les corps spongieux ou caverneux
T3	Tumeur envahissant l'urètre ou la prostate
T4	Tumeur envahissant d'autres structures adjacentes

NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux (ganglions inguinaux)
N0	Pas de signes d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastase dans un seul ganglion inguinal superficiel
N2	Métastases multiples ou bilatérales au niveau des ganglions inguinaux superficiels
N3	Métastases au niveau des ganglions inguinaux profonds ou au niveau des ganglions pelviens, unilatérales ou bilatérales.

MX	Renseignements insuffisants pour classer des métastases à distance
M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastases à distance.

LX	Impossible d'évaluer l'invasion lymphatique
L0	Absence d'invasion lymphatique
L1	Présence d'invasion lymphatique

VX	Impossible d'évaluer l'invasion veineuse
V0	Absence d'invasion veineuse
V1	Invasion veineuse microscopique
V2	Invasion veineuse macroscopique